

Responsabilita' Civile del Libero Professionista – Laureato in Medicina e Chirurgia, Biologia

Questionario

La quotazione e' subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

AVVISO IMPORTANTE / IMPORTANT WARNING

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma I Codice Civile)

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere firmato e datato.

(2) Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

(3) POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:

Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza, eccetto quando sia operativa la "Garanzia Postuma".

01. DATI DEL PROPONENTE

(a) Nome e cognome del proponente

(b) Indirizzo e codice fiscale/PIVA

02. PRECEDENTI ASSICURATIVI: indicare se- negli ultimi 3 anni – il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio

In caso affermativo, precisare:

(a) Impresa assicuratrice :

(b) Periodo di polizza :

- c) Massimale di polizza : _____
 (d) Premio ultima annualita' _____

Indicare se al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo - In caso affermativo si prega di fornire dettagli

03. SPECIALIZZAZIONI: indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attivita'

Area Medica	<input type="checkbox"/>	Area Chirurgica	<input type="checkbox"/>	Area Servizi Clinici	<input type="checkbox"/>
Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/>	Andrologia	<input type="checkbox"/>	Anatomia patologica	<input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/>	Angiologia	<input type="checkbox"/>	Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/>
Ematologia	<input type="checkbox"/>	Cardiochirurgia	<input type="checkbox"/>	Audiologia e foniatria	<input type="checkbox"/>
Endocrinologia e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/>	Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/>
Epatologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia apparato digerente	<input type="checkbox"/>	Farmacologia	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Genetica Medica	<input type="checkbox"/>
Geriatrics	<input type="checkbox"/>	Chirurgia generale	<input type="checkbox"/>	Igiene e medicina preventiva	<input type="checkbox"/>
Immunologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia maxillo facciale	<input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/ Fisiatria	<input type="checkbox"/>
Medicina di base	<input type="checkbox"/>	Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/>	Medicina legale	<input type="checkbox"/>
Medicina di comunita'	<input type="checkbox"/>	Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/>	Medicina nucleare	<input type="checkbox"/>
Medicina generale	<input type="checkbox"/>	Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/>	Ortognatodonzia con implantologia	<input type="checkbox"/>
Medicina interna	<input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto	<input type="checkbox"/>	Ortognatodonzia senza implantologia	<input type="checkbox"/>
Medicina dello sport	<input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto	<input type="checkbox"/>	Patologia clinica	<input type="checkbox"/>
Medicina tropicale	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/>
Nefrologia	<input type="checkbox"/>	Oftalmologia	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/ Dietologia	<input type="checkbox"/>
Neurologia	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>	Tossicologia medica	<input type="checkbox"/>
Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>		
Oncologia	<input type="checkbox"/>				
Pediatria esclusi paz. primi 60 g	<input type="checkbox"/>				
Pediatria inclusi paz. primi 60 g	<input type="checkbox"/>				
Psichiatria/ Clinica Psichiatrica	<input type="checkbox"/>				
Psicologia clinica	<input type="checkbox"/>				
Reumatologia	<input type="checkbox"/>				
Medico Specializzando	<input type="checkbox"/>	(indicare la specializzazione)			
				Area non Medica	
				Biologia	<input type="checkbox"/>

04. CONDIZIONI DI POLIZZA: indicare quali – fra le opzioni seguenti – il proponente desidera inserire in polizza :

(a) MASSIMALE DI RISARCIMENTO:

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

EUR 250,000	<input type="checkbox"/>	EUR 1,500,000	<input type="checkbox"/>
EUR 500,000	<input type="checkbox"/>	EUR 2,000,000	<input type="checkbox"/>
EUR 750,000	<input type="checkbox"/>	EUR 2,500,000	<input type="checkbox"/>
EUR 1,000,000	<input type="checkbox"/>	EUR 5,000,000	<input type="checkbox"/>

(b) PERIODO DI RETROATTIVITA': indicare il periodo di retroattivit  richiesta:

Numero anni richiesto:

(c) ESCLUSIONE PROCEDURE INVASIVE – indicare se il proponente richiada/accetti l'esclusione dalla copertura di polizza delle richieste di risarcimento originate da PROCEDURE INVASIVE come definite nel testo di polizza:

ESCLUSIONE RICHIESTA ESCLUSIONE NON RICHIESTA

05. SINISTROSITA' PREGRESSA:

(a) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilit  civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?

SI NO

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilit  civile, penale o deontologica del proponente?

SI NO

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDDETTE DOMANDE, SI PREGA DI FORNIRE – IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;

3. Indicazione dei profili di responsabilit  accertati, presunti o presumibili;

06. DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, dichiara :

- a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
 - b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione
 - c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa
-

d. che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura

Data

Firma del Proponente Prima di firmare, si legga bene l'Avviso Importante in prima pagina.

Firma

Nome Leggibile